

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ЧАСТО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТУБОТИМПАНАЛЬНОГО ОТИТА

Эль-Рефай Хусам, Куницкий В.С.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Недостаточная эффективность консервативных методов лечения хронического гнойного часто рецидивирующего туботимпанального отита общеизвестна. Ремиссия часто бывает непродолжительной, опасность обострения повышается при воздействии на человека неблагоприятных факторов внешней среды. Дополнительным фактором, отягчающим течение заболевания, в 80% является наличие блока адитуса и тимпанального соустья, что ведет к нарушению эвакуации транссудата из клеточной системы сосцевидного отростка, затрудняет лекарственное воздействие на ретротимпанальные отделы среднего уха, нарушает аэрацию среднего уха (В.С.Савин, 1981; О.К.Патякина, 1982).

Цель. Сложность хирургического лечения таких больных послужила причиной дискуссии по вопросу тактики отохирурга, в частности, этапности операции. Под этим понимается проведение пластики барабанной перепонки либо од-

новременно с санирующей операцией (одноэтапно), либо разделение их на два этапа: сначала санирующая операция, а затем (обычно через 3- 6 месяцев) по достижению сухого уха- мирингопластика.

Материалы и методы. В ЛОР клинике Витебского медицинского университета разработан метод двухэтапного лечения больных хроническим гнойным часто рецидивирующим туботимпанальным отитом. На первом этапе производится операция антродренажа. Однако в отличие от «классической» антротомии антрум вскрывается субкортикально с последующим истончением костной задней стенки наружного слухового прохода со стороны адитуса и аттика и ликвидацией блока адитуса, то есть, практически производится раздельная антро- адито- аттикотомия. Критерием окончания операции является хороший обзор короткой ножки наковальни и визуализация металлического шупа, введенного в адитус со стороны антрума и аттика. Длительность дренирования антрума для аэрации и введения лекарственных веществ составляет обычно 7- 10 дней.

На втором этапе, обычно через 2-3 месяца, осуществляется «физиологическая» мирингопластика (Ситников В.П., Кин Т.И., 1990).

Преимущественно мирингопластика производится заушным доступом. Заушный подход обеспечивает хороший обзор, одновременно произвести заготовку фасциального трансплантата.

А также позволяет надежно уложить трансплантат в переднем отделе. Он особенно эффективен при большой перфорации и узком наружном слуховом проходе. Технической особенностью операции является формирование меато-эпидермального лоскута с одновременной дезэпидермизацией барабанной перепонки, для чего микроиглой производится рассечение наружного эпидермального слоя барабанной перепонки по ходу рукоятки молоточка с последующим продолжением разреза на кожу верхне-задней стенки наружного слухового прохода. Микрораспатором и вакуумным отсосом осторожно отслаивается меато-эпидермальный лоскут на нижней ножке, при откидывании которого клереди и книзу осуществляется дезэпидермизация задне-верхних отделов барабанной перепонки. Затем, начиная от периферии, в направлении к центру перфорации удаляется эпидермис с поверхности передне-нижних отделов тимпанальной мембраны. Таким образом, подготавливается надежное раневое «ложе» для укладывания трансплантата.

Затем на раневое «ложе» - дезэпидермизированные остатки барабанной перепонки, фиброзного кольца и декутированные отделы костной части наружного слухового прохода - укладывается хрящевой алло- или аутоотрансплантат овальной формы, размеры которого на 0,5 мм больше перфорации.

Таким образом, хрящевая пластинка, уложенная на остатки фиброзного кольца, имитирует каркас новой барабанной перепонки, занимая присущее ей наклонное физиологическое положение, сохраняя «передний угол» барабанной перепонки в сторону наружного слухового прохода. Благодаря незначительной толщине хрящевой пластинки под увеличением операционного микроскопа $\times 10$, $\times 16$ удается оптимально осмотреть через хрящ структурные элементы «ложа», на которые он укладывается без риска его дислокации.

Фасциальный аутоотрансплантат превышает размеры хрящевого трансплантата на 1 - 1,5 мм и укладывается сверху на хрящ и прилежащие отделы дезэпидермизированной барабанной перепонки. По ее периферии в задних отделах фасция прикрывается меато-эпидермальным лоскутом. Периферические отделы

хряща и аутофасции фиксируются смещением меатального лоскута с прикрытием им большей площади трансплантата.

Фиксация двухслойного трансплантата осуществляется перфорированной полоской перчаточной резины и маленькими ватными шариками на шелковой нити – «якорьками». Шелковые нити выводятся через наружный слуховой проход. Удаляются «якорьки» и резиновая полоска обычно на 7-8-й после операции.

Результаты. При изучении отдаленных результатов предложенного метода лечения, примененного у 180 больных, отмечено приживание трансплантата в 94% случаев, а улучшение слуховой функции на 10- 30 дБ в зоне речевых частот у 80% пациентов.

Выводы.

- Оптимальная тактика хирургического лечения хронического гнойного часто рецидивирующего туботимпанального отита включает в себя антродренаж с последующей мирингопластикой. В зависимости от наличия интраоперационно выявляемого «блока» адитуса эти операции могут быть произведены в один или два этапа.

- Эта методика позволяет устранить большие (практически тотальные) дефекты барабанной перепонки и сохранить передний меато-тимпанальный угол.

Литература:

1. Пятакина, О.К. Блокада адитуса и тимпанального перешейка при хронических средних отитах / О.К. Пятакина // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1982. – № 5. – С. 5-7
2. Эффективность раздельной аттико-антротомии с тимпанопластикой при хроническом гнойном среднем отите / В.С. Савин, тн – М., 1981. – 147 с.
3. Ситников, В.П. Мирингопластика у лиц с обширными дефектами барабанных перепонок. методические рекомендации / В.П. Ситников, Т.И. Кин. – Москва, 1990 – 16 с.